PAULET (J. M.)

CURACION
DE UN
ANEURISMA TRAUMÁTICO
POR
LA COMPRESION DIJITAL,
HISTORIA
RECOJIDA EN LA PRACTICA CIVIL DEL DR. ROSAS,

POR

Juan Mariano Paulet,
BACHILLER EN MEDICINA.



LIMA
IMPRENTA LIBERAL, CALLE DE SAN MARCELO, 55.

1870

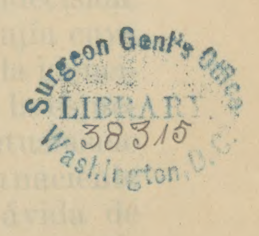
Sr. D. D. José A. de los Rios

CURACION
DE UN
ANEURISMA TRAUMÁTICO
POR
LA COMPRESION DIJITAL,
HISTORIA
RECOJIDA EN LA PRACTICA CIVIL DEL DR. ROSAS,

POR

Juan Mariano Paulet,
BACHILLER EN MEDICINA.





LIMA
IMPRENTA LIBERAL, CALLE DE SAN MARCELO, 55.
1870

ADVERTENCIA.

No pensaba publicar la «Historia» que en seguida se inserta, porque carece en lo absoluto de mérito científico; pero al hacerlo, obedezco á un poderoso móvil emanado de un sincero sentimiento que ha triunfado en mi indecision. Quiero poner en relieve un caso de cirujía cuya curacion dá una idea muy lisonjera de la idoneidad de mis respetables maestros; y es la espresion mas genuina de la filantropía y entusiasmo con que una ilustre juventud de nuestra naciente Escuela de Medicina, se lanza hoy ávida de ciencia, en busca de nuevos laureles para enriquecerla.

El presente caso quirúrjico merece consignarse en nuestros anales, tanto por ser el primero que se presenta en nuestro suelo, cuanto porque aun en la culta Europa es muy rara su realizacion.

Someto este pequeño trabajo al criterio público, alentado con la idea de que, aunque se encuentre sembrado de multitud de errores, estos serán bondadosamente dispensados por ser un alumno el que los comete.

ANEURISMA TRAUMÁTICO

FEMORO-POPLITEO, FALSO CONSECUTIVO.

I

HISTORIA.

El señor D. Juan Francisco Iribarren natural de Lima, de 34 años de edad, de un temperamento nervioso hereditario muy pronunciado y de mediana constitucion, se encontraba hasta hace poco en las mejores condiciones de salud. Interrogado por mí acerca del conmemorativo, dice este señor no haber padecido jamás lesion alguna arterial, ni presentádose tampoco en cualquiera de sus ascendientes por las dos líneas paternas, ningun caso de aneurisma. Entregábase á las labores de su hacienda el dia 26 de Noviembre del año próximo pasado, cuando recibió de la manera mas fortuita, una herida penetrante en la parte inferior, é interna de la region anterior del muslo á siete centímetros por encima del borde superior de la rotula. El instrumento cortante que la produjo fué una pesada cuchilla de resorte de punta alargada y muy aguzada: la lonjitud de la hoja mide diez centímetros y su mayor anchura uno y medio.

Por el fidedigno dato que me suministró el enfermo, se viene en conocimiento que el instrumento habia penetrado cerca de cinco centímetros en una direccion oblícua hácia adentro y arriba; y una vez verificado el traumatismo y estraida la cuchilla, sobrevino inmediatamente una hemorrajia considerable de sangre arterial cuya cantidad puede calcularse aproximativamente en veinte onzas. vertidas en el espacio de diez minutos, tiempo en que pudo contenerse por completo el corrimiento, con el auxilio de un tapon de yesca, tiras aglutinantes y un vendaje compresivo. A las doce horas de este acontecimiento, esto es, en la mañana del siguiente dia, notó el enfermó una tumefaccion considerable del muslo, prominente al rededor de la herida y que se estendia por la parte anterior desde el cuarto ó quinto través de dedo por debajo del arco crural hasta los límites inferiores de la rodilla, y terminaba por la posterior en el hueco poplícteo, elevándose por este lado poco mas ó menos hasta el cuarto superior del músculo bíceps. Quedaba pues, hácia fuera del muslo y en toda su estension, menos de un tercio de su circunferencia escento de la tumefaccion.

Los síntomas generales que esperimentó el enfermo durante las primeras veinticuatro horas consistian en un aumento notable de lo calorificacion cutánea en relacion probablemente con el estado del pulso: un lijero sudor que humedecía casi uniformente todo su cuerpo, y un mal estar muy pronunciado. Los locales, se referian á los que en general presentan las inflamaciones esternas, haciéndose sentir, especialmente al derredor de la herida y en una considerable estension, una hiperestécia que se exacerbaba al menor rosamiento: tension de la piel en la zona correspondiente al sitio herido: mayor tumefaccion en este último que en el resto del miembro en que se estendia la inflamacion:

una rigidez poco considerable de los músculos posteriores del muslo, especialmente del biceps y semitendinoso: y por último, coloracion roja de la piel en toda la superficie de la tumefaccion mas encendida hácia la rodilla.

Combatiéronse estos síntomas en todo el dia 27 con baños y cataplasmas emolientes quė no produjeron alivio. El 28 disminuyó mucho la sensibilidad de la piel, pero aumentaba la rijidez muscular; los baños emolientes y compresas imbibidas en una disolucion de acetato de plomo, continuáron aplicándose aun como única medicacion. El dia 29 se inició un adormecimiento de la pierna y del pié, acompañado de hormigueo en todo el miembro, lo que obligó al enfermo á variarle de posicion, haciéndose desde entónces de horizontal, angular, por la semifleccion de la pierna sobre el muslo y de éste sobre la pélvis. En todo este dia á pesar de los tópicos emolientes reiterados, no cedió en lo menor la inflamacion. Por la noche, á consecuencia de un imprudente esfuerzo, sobrevino una pequeña hemorrajia de la herida que se infiltró por el apósito, pero que fué contenida como la anterior con otro vendaje. Manifestáronse tambien á lo largo del miembro, dolores agudos que atormetaban al enfermo y la tension muscular le era insoportable.

Alarmado por todas estas circunstancias el señor Iribarren determinó venirse á la poblacion y lo verificó el 1º de Diciembre. En el trascurso de este dia, y tal vez por el movimiento del carruaje se exacerbaron notablemente los dolores de la parte herida: se observó así mismo en la noche, desde por encima de la region poplítea hasta cerca del tendon de Aquiles una sinta equimótica de un color amarillo verdoso mas ancha por arriba que por abajo, y hácia la parte esterna del hueco de la corba y sin línea de demarcacion se esten-

dia una mancha equimótica tambien pero azulada, que comprendia la parte esterna y superior de la pierna. El insomnio se sobre-agregó en la noche á estas nuevas manifestaciones mórvidas.

La atenuacion del dolor que el enfermo notó en la parte profunda de la herida, y la diminucion de la equímosis amarillo-verdosa, forma lo mas notable de lo ocurrido en los dias 2 y 3. Por lo demas, el estado general era el mismo que en los anteriores dias.

En tales circunstancias se puso el señor Iribarren bajo la direccion médica del Dr. Rosas, quien en presencia del cuadro de síntomas que acabo de trazar, ordenó se pusiesen á la parte mas elevada de la tumefaccion veinticuatro sanguijuelas, con lo cual se obtuvo el dia 4 una abundante emision sanguínea. Se notó desde este dia hasta el 6 un lijero movimiento febril y el insomnio empeoró el estado del enfermo. La tumefaccion del miembro se hacia cada vez mas dura á la presion, y parecia ya formar cuerpo con los tejidos subyacentes.

Los dias 5, 6 y 7 de Diciembre fueron notables por sufrir el enfermo, durante las correspondientes noches, dolores intensos á lo largo de todo el miembro, que por su irregularidad y exacerbacion nocturna forman el tipo de una neurálgia periódica. A este período de evolucion mórbida, era ya muy dificil y dolorosa la extension del miembro que permaneció mucho tiempo despues en semiflexion contractural. Siguió empleándose el tratamiento emoliente local, y una pomada mercurial resolutiva.

Hasta aquí la solucion de continuidad hecha en la piel, habia cicatrizado completamente por primera intencion, presentándose de un aspecto lineal y dirijida paralelamente al eje del miembro.

La medicacion emoliente y los tópicos resolutivos,

siguieron empleándose cuotidianamente hasta el dia 22, tiempo por el cual habian desaparecido gradualmente el dolor y la estensa rubicundez del muslo, disminuido un poco el calor de la piel, así como desaparecido por completo la equímosis franjeada. Notábase ya un verdadero tumor no bien circunscrito, cuya estension se demarcaba mas hácia la parte posterior inferior del muslo comprendiendo en su límite anterior la cicatriz de la herida. Este tumor ofrecia al tacto una rijidez considerable en toda la parte comprendida en su área, y á la presion un poco exajerada, la sensacion de un cuerpo pastoso y poco retráctil.

Presentóse nuevamente no ya un dolor lansinante, bien apreciado por el enfermo, cuya estension y direccion marcáse la del nervio safeno interno y sus ramos, cual lo fué el anterior, sino mas bien un dolor gravativo de menor intensidad, limitado y referido al centro del tumor, cuya circunstancia característica consistia en manifestarse con intermitencias muy aproximadas, durante todo el dia 22 y un hormigueo del muslo y de la pierna muy pronunciados. Aumentó así mismo, no solo la tension muscular que mantenia retraida la pierna, sino tambien la tension de la piel del tumor que ofrecia un aspecto terso y luciente.

En vista de este nuevo síntoma, parecia no resolverse la tumefaccion, y mas bien preludiarse otra terminacion de las inflamaciones—la supuracion—y se apeló por esto á la medicacion irritante, traspositiva-espoliativa, colocándose sobre el tumor un emplasto de cantáridas, que tuvo por duracion quince horas; y á las veinte y cuatro de haberse quitado y curado, segun arte, se presentó en toda la superficie, y traspasando algo sus límites, una erisipela intercurrente que fué combatida con tópicos oleosos. Es de notarse que la úlcera epidérmica producida por el vejigatorio no cicatrizó

completamente sino diez y ocho dias despues, en cuyo intérvalo de tiempo fluía de la ulceracion una abundante supuracion, renovándose con alguna frecuencia las falsas membranas fibrinosas.

Hasta el 5 de Enero del presente año no se presentó fenómeno alguno en que fijar la atencion. Disminuyó lijeramente el hormigueo y la tension del tumor, permaneciendo en el mismo estado la retraccion muscular. A las nueve de la noche de este dia, por consecuencia de un fuerte estornudo, sintió el paciente en la parte profunda del tumor un dolor fijo de alguna intensidad, y que desapareció completamente diez horas despues. El insomnio fué tambien la consecuencia de este nuevo fenómeno mórbido.

A pesar del tiempo trascurrido, de las pérdidas de sangre, y de la posicion casi invariable á que estaba sujeto el enfermo, no era sino muy pequeña la demacracion y palidez de la cara; contribuian á esto su constitucion medianamente robusta y el régimen alimenticio adoptado, á la par que reparador, sujeto á las reglas higiénicas. La economía pues, no habia perdido sino en muy débil grado su resistencia vital, lo que se comprobaba por la energía del individuo y su fuerza de voluntad.

Los dias 6, 7 y 8 se hicieron notar por otra invasion de la primitiva neuralgia con el mismo tipo de periodicidad nocturna, pero que desapareció con el uso continuado de una untura opiada. El tumor aunque na habia disminuido sensiblemente de volúmen, estaba sin embargo mas circunscrito, determinándose mas claramente sus límites. El estado general del enfermo no sufrió cambio notable.

Por la rápida relacion sintomática que antecede, si apreciamos en su valor los fenómenos aparentes y sensibles á medida que se iban presentando; y por otra

parle, no revelándose de una manera clara y evidente ningun síntoma propio que pudiera caracterizar un aneurisma, era natural por exclusion, diagnosticar el presente como un abceso cálido.

Mas la súbita aparicion de dicho tumor, la prolongada duracion del período inflamatorio local, y la falta de síntomas generales en el paciente, eran todas circunstancias que llamaban sériamente la atencion del médico, é influian en hacerle vacilar para confirmar su diagnóstico y forzarle á emplear una mediacion sintomática, y limitada á combatir el dolor neuralgico superficial, y las ya lijeras manifestaciones inflamatorias del tumor, sirviéndole en adelante de norte una prudente espectacion.

Desde el dia 9 á la par que iba desapareciendo la mancha erisipelatosa y la tension del tumor, notábase en éste tambien mas indolencia á la presion y cierta blandura en su centro que se hizo mas notable en los dias 10, 11, 12, 13 y 14. Este reblandecimiento era ya tan considerable cuando se aplicaba el tacto, que simulaba una verdadera fluctuacion.

Llegada á este estado la marcha insidiosa de la lesion, pareció conveniente al médico de cabecera reunirse en junta con los DD. Grau, Cobian, Odriozola, Macedo (D. Mariano) y Almenabas, y tuvieron una consulta los referidos al siguiente dia. Una vez impuestos todos de la causa ocasional, proceso patológico del tumor y de la medicacion anterior, procedió cada uno á examinarle con detencion, y he aquí el resultado general de los datos recojidos el dia 15.

1º El tumor en cuestion presentaba una figura circular irregular de base ancha poco prominente: su lonjitud vertical medía 16 centímetros, y la horizontal 19, comprendiendo esta última la semicircunferencia interna del muslo en su parte inferior: la mayor elevacion

del tumor, tomando por término de comparacion el muslo opuesto era de 3 centímetros mas ó menos; sus límites se demarcaban por un tránsito brusco de la parte indurada á la blandura normal de la piel, figurando así una especie de cobertera: su coloracion rojo escarlata se confundia insensiblemente con la pálida del resto del muslo.

2º Fluctuacion en la parte central del tumor y en la estension de 3 centímetros cuadrados é induracion menos pronunciada que en los dias anteriores, en lo demas de su superficie.—Además, exajerando un poco mas la presion en la parte indurada se producia la sensacion tactil de un cuerpo pastoso con lijeras depresiones líneares en diferentes sentidos como producidas por bridas de estrangulacion, figurando así un estenso *antrax*.

3º Aplicado el oido sobre el tumor y especialmente en el punto fluctuante, se percibia un lijero ruido de soplo que coincidia con la diástole ventricular.

4º Puesta la mano en la superficie del tumor se notaba un estremecimiento vibratorio muy exajerado, y un latido isócrono al pulso poco manifiesto que elevaba y deprimia la mano con regularidad, pero insensiblemente cuando se presionaba con alguna fuerza.

5º El estado general del enfermo habia empeorado notablemente en los últimos dias, como lo indicaban la demacracion y palidez del rostro. El pulso un poco mas débil pero regular, marcaba 82 latidos por minuto.

¿Todos estos síntomas convertidos en signos eran suficientes datos para el diagnostico del tumor? El ruido de fuelle exajerado, que entre los otros fenómenos era el mas culminante, podia ser referido con alguna razon al estado anémico del individuo; y la fluctuacion, depender tal vez de la existencia de un foco purulento. El estremecimiento vibratorio, la espansion y latido

del tumor, tanto por no manifestarse bien desarrollados, cuanto porque siendo fenómenos comunes á otra especie de tumores pulsátiles, no podian por sí, formar la base del diagnostico y despejar la incognita.

Supongo que estas razones influyeron en mis profesores para determinarse á practicar una punsion exploratriz y convencerse de si existia ó nó pus en la parte fluctuante del tumor. Se introdujo pues el *trócar* explorador tanto en este último punto como en otro de la periferia, no obteniéndose otra cosa del primero que un chorro delgado de sangre arterial de un color muy oscuro; y del segundo salió con dificultad por la cánula del instrumento una muy escasa cantidad de sangre semi-líquida de la misma naturaleza. Era pues evidente que el tróear habia penetrado en el fondo de un saco aneurismático, y fuera de él, en el coagulo esterno que le rodeaba.

Ratificada ya en su juicio la juuta por esta prueba, discutió el plan curativo que debia adoptarse quedando definitivamente arreglado emplear la ligadura de la arteria lesionada y como operacion preliminar y preparatoria la compresion mecánica, mediata y completa.

Para llevarla á cabo se creyó conveniente usar el compresor de Dupuytren ó el de Duval, pero desgraciadamente no se encontró en esta poblacion ni en la del Callao, ninguno de estos instrumentos.

En los dias 16 y 17, la pulsacion del tumor aneurismático aumentó considerablemente hasta el punto de percibirse á alguna distancia; á la auscultacion, el ruido de soplo se presentaba mas vigoroso y ámplio, y el choque de la oleada sanguinea producía un sonido grave y muy sensible. El conjunto de todos estos síntomas evidenciaba ya el rápido incremento del saco aneurismático despues de un tiempo indeterminado de detencion en su desarrollo, carácter peculiar á esta clase de lesio-

nes. La fisonomía del enfermo se presentaba un poco mas demacrada y pálida: el pulso que demarcaba 84 latidos por minuto, era mas delgado pero siempre uniforme.

En tales circunstancias, los médicos ya citados resolvieron en la cuarta consulta del dia 18, obviar la falta de compresores mecánicos reemplazándolos con *compresores animados*. Con tal objeto indicaron á la familia del enfermo se procurase, aunque no era fácil, la cooperacion de ocho ó diez estudiantes de medicina que practicáran la compresion. Por circunstancias casuales y muy felices por otra parte, se realizó en el mismo dia de la consulta: de modo que apenas trascurrida una hora de la indicacion, se presentaron en la casa del señor Iribarren veinte y tres entusiastas alumnos, cuyo número se fué aumentando en los dias sucesibos hasta treinta y siete.

La compresion dijital se puso en práctica inmediatamente á las 3h. p. m. y fué arreglada del modo siguiente:—Presion contínua y uniformemente sostenida de la arteria femoral en la parte media del triángulo de Scarpa con la duracion de diez minutos para cada individuo; un alumno encargado de pulsar la arteria pédia con el objeto de servir de rectificador, esto es, cuidar que no pasase sino una muy débil cantidad de sangre ya preconsabida; otro al cuidado de determinar las fracciones de tiempo, y de relevar por ellas á los compresores: un cuarto alumno destinado á sostener tambien una presion completa en la misma arteria ocho centímetros mas abajo del punto fijo de compresion, cada diez minutos en el momento del cámbio de manos para que no pasase una busca oleada sanguínea. El tumor se auscultaba con cuidado y constantemente, funcionando así todos los alumnos durante el dia y la noche sujetos á un rol escrito arreglado al efecto.

Del 18 al 19 observóse la cesacion casi completa del ruido de soplo, de manera que solo un oído muy ejercitado podia percibirla. Al tacto no se sentía el estremecimiento vibratorio, haciéndose completamente nulo el movimiento de espancion del tumor. La consistencia de éste no ofrecia ningun cámbio apreciable; el pulso daba ochenta latidos por minuto, y un poco mas lleno y ámplio. El enfermo acusaba mal estar general, cefalálgia, palpitaciones y revelaba un estado de exitacion nerviosa, dependiente de la suceptibilidad de su temperamento, y causada sin duda por la presencia de tantos alumnos que con mucha reserva examinaban el tumor. Durante las 24 horas de presion el insomnio fué completo.

En los dias 20 y 21 existia ya oscuridad completa en la parte blanda del tumor, y esta adquirió mas consistencia. El enfermo sufrió duranre el dia 21 zumbido eu ambos oídos y adormecimiento muy pronunciado de la pierna y el pié. Su estado general era el mismo que en los dias anteriores; sin embargo la exitacion nerviosa desaparecía gradualmente á mérito de las solícitas manifestaciones de los circunstantes, que estudiosamente trataban de cambiar su estado moral. Esto contribuyó en mucho para que se tranquilizase y durmiese hora y media siu interrupcion.

A las 2 horas p. m. del dia 21 y prévia consulta, se auscultó prolijamente el tumor por cada uno de los médicos de la junta, y miéntras duraba la observacion se disminuía gradualmente la presion de la arteria hasta dejar libre y completo el curso de la sangre. Este ensayo duró de diez á doce minutos, no dejándose sentir por este tiempo ningun ruido en el tumor como si estuviera completamente interceptada en este sitio la luz de la arteria.

El 22 auscultado el tumor, tampoco podia notarse el

mas pequeño ruido arterial: su coloracion permanecía en el mismo estado y la dureza de su superficie se hacia mas considerable. En la noche el enfermo pudo dormir cinco horas con intermitencias y acusaba despues notable bienestar con recpecto á los dias anteriores: parecia habituado ya á la presion que se le sostenia. No obstante, los ganglios de la region inguinal como era de suponerse, se infartaban á causa de la presion, y se hacian mas sensible, razon por la que poníanse en adelante los dedos en el espacio comprendido entre dos elevaciones ganglionares, ó sobre la eminencia ileopectina.

A no ser una coloracion pálida mas exajerada de la pierna y del pié, mayor enfriamiento, y un ligero edema de la cara dorsal de este último, nada notable ocurrió en este dia.

El 23, el hábito exterior del enfermo manifestaba una mejoría notable, pues su fisonomía que hasta entónces conservaba algun abatimiento, por su espresion revelaba ya la tranquilidad de espíritu. Reunidos los médicos de consulta en este dia, como lo habian verificado en todos los anteriores, hicieron una segunda prueba de mas duracion qae la anterior; se dió pues toda libertad á la corriente sanguínea durante veinte minutos, y á la auscultacion el tumor ofrecia oscuridad completa de ruidos, y el movimiento de espansion seguia completamente nulo; la consistencia se hacia cada vez mas sólida en todos sus puntos, aunque no disminuía sensiblemente de volúmen.

Por los signos negativos del tumor á la auscultacion y el aumento de su consistencia central, especialmente en los últimos dos dias, puede ya sospecharse que el saco aneurismático, estaba ya lleno de coagulos activos. Aplicado el Estetóscopo tanto en los límites superiores del tumor, como en el hueco poplíteo, sin

interrumpir la corriente circulatoria del muslo, no podia escucharse el mas leve ruido arterial, y si se auscultaba por fuera de los límites del coágulo superiormente y en la direccion de la arteria femoral, á demas del ruido normal arterial, percibíase el sonido grave de un choque intermitente á cada pulsacion y que se apagaba de súbito, poniendo el oído un poco mas abajo siguiendo siempre la direccion de la arteria. Este silencio podia ser causado por la obliteracion del calibre de la arteria, formándose un coágulo central en una estension indeterminada de su lonjitud; pero el tiempo trascurrido era muy corto para que esto se efectuara, y en mi concepto tal fenómeno tenia lugar por la compresion mecánica del coágulo esterno sobre el saco y la arteria.

En los dias 24, 25 y 26 la compresion se hizo menos completa, y se le media por el latido de la arteria pédia que proseguia sirviendo de índice. La circulacion colateral se establecia por este tiempo manifiestamente; pues los dedos que comprimian la arteria femoral, en el triángulo de Scarpa, apreciaban con mayor claridad la espansion pulsátil de la femoral profunda un poco por debajo, y hácia afuera del sitio de presion, fenómeno que hasta entónces no se habia manifestado. Se sentia tambien muy claramente el latido de una arteriola que se dirijia inferiormente á lo largo del borde interno del recto anterior é iba á perderse en la parte interna de la rodilla. Este ramo arterial no era probablemente mas que la terminacion de la anastomática mayor que tiene ésta direccion.

Se hizo mas manifiesto en el dia 26 el edema del dorso del pié, estendiéndose, aunque menos pronunciado, por encima de los maleolos hasta la mitad de la pierna. Este síntoma indicaba, pues, un obstáculo mayor á la circulacion venosa, á pesar de que se desarrollaba ámpliamente la arterial, y en efecto el enfermo

sintió entónces en mayor grado la tencion dolorosa en la parte profunda del tumor y adormecimiento de todo el miembro, dependientes de la mayor constriccion de los vasos y nervios en la parte tumefacta.

A partir del dia 27, dispuso la junta que la compresion dijital se hiciese intermitente, dejando media hora de libre circulacion despues de seis horas de presion. No presentándose hasta esta fecha ninguna complicacion en el tumor aneurismático que contraindicase el método adoptado de compresion, y, por otra parte, ofreciendo el enfermo en su estado general las mejores condiciones, todos los médicos llamados á consulta por el de cabecera dieron por terminadas sus constantes y laboriosas visitas, quedando el Dr. Rosas, en adelante con el honroso cargo de coronar los esfuerzos emprendidos por él y sus comprofesores.

En los dias 28 y 29 no acaeció fenómeno alguno notable en el tumor: auscultado éste nada podia percibirse. La compresion se hacia en la misma forma que el dia 27. En el último de éstos dias, el 29, hice notar al Sr. Dr. Rosas una circunstancia que comprobaba el establecimiento de la circulacion suplementaria al derredor del tumor y que fué confirmada por tres ó cuatro de mis cólegas. Presionando á un tiempo la arteria principal del muslo en el sitio ordinario y un poco mas abajo la fomoral profunda en el punto de su emerjencia, no se sentia, como es consiguiente, el mas leve latido en la pédia; pero si se levantaba el dedo de la femoral profunda dejando á la crural comprimida, se notaba instantáneamente la pulsacion en el pié. Haciendo lo contrario, esto es, comprimiendo por completo la femoral profunda y dejando libre la arteria crural, pasaba un tiempo, pequeño en verdad, pero apreciable, en manifestarse los latidos mas débiles en la misma arteria pédia. Este fenómeno, que indicaba al parecer que la

circulacion suplementaria se establecia mas directamente por las anastómosis de la femoral profunda, que por las otras ramas de la crural, tiene en mi concepto, como dejará verse mas adelante, otra significacion de mas valor.

El 30 y 31 se aumentó el tiempo de descanso á una hora por cada cinco de compresion. En esta época fué de notarse una rápida disminucion del volúmen del tumor: su estencion superficial marcaba dos centímetros menos y su consistencia se hacia mas considerable y ya uniforme: el edema de la pierna y del pié menos apreciable. Iniciose tambien en el paciente un lijero catarro nazal.

Los dias 1º y 2 de Febrero se presentaron bajo los auspicios mas lisonjeros. Durante este período de tiempo solo se comprimia medianamente la arteria femoral, cuatro horas consecutivas, dejando dos en completa tranquilidad el miembro, y permitiéndose al enfermo algunos movimientos de la pierna que hasta entónces le fueron vedados. Se hizo mas manifiesta el dia 2 una prolongacion conoidea de base inferior que hacia cuerpo con el tumor y que se desprendia de la parte superior é interna de éste cubriendo hácia arriba los músculos basto-interno y sartorio en la estension de siete centímetros. Esta prolongacion formada por un verdadero coágulo no se determinó en los dias pasados á causa de la considerable tumefaccion del tejido conectivo de la parte y pareció entónces ocasionada por la excesiva rijidez y acortamiento de los citados músculos.

Hasta aquí el edema de la pierna, la tencion constrictiva y dolorosa del tumor, y el adormecimiento de todo el miembro desaparecieron por completo y el estado general del enfermo se habia modificado notablemente. Su apetito mas exijente que de ordinario, fué moderado desde el 2 de Febrero, dándose al paciente

una alimentacion sana reparadora y en cantidad proporcionada.

En los dias 3 y 4 la compresion siguió intermitente pero completa con la duracion de tres horas por igual tiempo de descanso alternativamente. Todos los signos mas favorables á una curacion completa seguian revelándose en el enfermo, y aunque el tumor no habia disminuido se presentaba mas compacto.

Las lijeras depresiones lineales que simulaban estrangulaciones habian desaparecido ofreciendo su superficie uniformidad en todos sus puntos y tersura de la piel. Haciase igualmente mas sensible el latido de las arterias pédia y maleolar interna, y mucho mas la calorificacion cutánea de la pierna.

Pareció ya conveniente al Dr. Rosas, en estas circunstancias, dar un movimiento gradual de flexion y estension á la articulacion de la rodilla para evitar una auquílosis consecutiva y determinar bien las relaciones fisiológicas de los dos coágulos, central y periarterial, favoreciendo tambien de este modo la resolucion de la retraccion muscular, conforme lo habia propuesto el Dr. Almenabas en las últimas juntas.

El hueco de la corba, hasta entonces invadido hacia arriba por la parte posterior del coágulo esterno ofrecia en estos dias mayor docilidad á la presion y permitia flexionar mas la pierna sobre el muslo.

Estos movimientos graduales y limitados se practicaban solo tres ó cuatro veces en las 24 horas, pues causaban algun dolor en el miembro á pesar del pequeño círculo de accion á que se les sometia.

El pulso del paciente era lleno, duro y regular: marcaba 80 latidos por minuto. La coloracion de la cara ménos pálida y sus facciones mas animadas indicaban la rápida reconstitucion del individuo.

Nada notable ocurrió en los dias 5 y 6. Las condi-

ciones del tumor y el hábito esterior del enfermo auyentaban del espíritu cualquiera idea de insuceso. La compresion dijital duró por estos dias una hora con cinco de descanso, siempre de una manera completa.

El dia 7 de Febrero se comprimió la arteria solo una hora en la mañana y otra en la noche dejándose todo el resto del dia la circulacion del miembro en completa libertad. Los signos siempre negativos del tumor auscultado detenidamente, su notable rigidez, y el aspecto general del enfermo eran datos todos que daban la persuacion del éxito mas favorable de la compresion dijital. Sin embargo, y aunque parezca contradictorio, en la mañana de este dia sufrió el enfermo un lijero acceso de toz y en los esputos se notaron algunas estrías sanguíneas que no volvieron á presentarse despues. Tanto por temer se desarrollasen en el paciente una neumónia hipostática, como por las mejores condiciones del tumor, se obligó al señor Iribarren á abandonar la cama y tomar una posicion conveniente en una silla aparente.

Aquí puede decirse espiró la compresion dijital útil y suficiente al fin que se proponia. En los demas dias hasta el 14 de Febrero se continuó presionando la arteria muy lijeramente una hora á mañana y noche por dos ó tres dias y despues media hora, por indicarlo así el enfermo y dar pábulo los entusiastas *compresores* al deseo de que nada faltase á su asidua contraccion. Y dijo esto, porque ya habia transcurrido un tiempo suficiente para que los ramos arteriales que establecian la circulacion suplementaria, hubiesen alcanzado sus mayores dimensiones en calibre; y los coágulos, una consistencia fibrinosa muy avanzada.

Hasta el 14, pues, en que cesó definitivamente la compresion, permaneció el tumor en las mismas condiciones que llevo hecha mencion, y sus dimensiones en esta época se fijaban así: lonjitud vertical, por la parte

anterior del muslo hasta dos traveses de dedo por encima de la rodilla 14 sentímetros: por la posterior desde la parte media del muslo al hueco popliteo 18: lonjitud trasversal en su mayor anchura 17.

Es muy poco lo que tengo que decir desde el 14 de Febrero hasta la fecha (16 de Abril) pues todo se refiere á la época de regresion del aneurisma y desaparicion del tumor esterior; así que, las observaciones recojidas pueden compendiarse en lo siguiente:

El enfermo ha seguido levantándose de la cama cuotidianamente, tomando las precauciones necesarias para evitar cualquiera violencia. Ningun fenómeno desfavorable ha podido observarse durante estos 61 dias; antes bien, la sucesion de los fenómenos contrarios á los mórbidos por su rapidez, auguran el mas feliz resultado. El tumor (me refiero únicamente al coágulo esterno pues no existen ya vestijios aparentes del saco aneurismático) que hasta principios de Marzo no disminuia de estension sino muy paulatinamente, de entonces á la época presente su reabsorcion ha seguido una marcha rápida, decreciendo el coágulo en todos sentidos pero especialmente hácia el lado esterno é inferior, de manera que hoy no queda de él mas que un núcleo compacto de forma irregularmente circular situado al medio y hácia la parte interna del muslo y que parece formar cuerpo con los tejidos subyacentes. El coágulo adyacente alojado en el lecho que forman los músculos basto interno y sartorio ha disminuido en su mayor parte y la fusion con el principal es tan completa que ya no existe indicio de separacion. Este coágulo no solo forma eminencia hácia el lado de la piel, sino que tambien se estiende mas profundamente por delante del plano muscular posterior del muslo y es la causa de la tencion muscular y retraccion de la pierna.

Las dimenciones del núcleo se han reducido pues á

las que se espresan en seguida: lonjitud vertical cuatro centímetros: horizontal cinco centímetros. El resto del muslo se encuentra en el estado normal, aunque comparado con el opuesto se nota á la simple vista una disminucion del volúmen; atrofia consiguiente á la inaccion del miembro y dificultad circulatoria.

El ejercicio gradual á que se ha sometido el señor Iribarren desde el 14 de Febrero con el auxilio de dos muletas y la disminucion progresiva del coágulo esterno, han dado por resultado la estencion de la pierna hasta el grado de recuperar sus funciones normales; y en la actualidad, este señor puede ya con el apoyo de un baston sostener una marcha moderada y sin fatiga.

Finalmente, atendiendo á la rápida atrofia del saco aneurismático, la desaparicion casi completa del coágulo esterno y la pronta reconstitucion del individuo puede ya asegurarse la curacion definitiva del aneurisma sin que haya temor para lo sucesivo. de recidiva por las circunstancias que acabo de indicar.

II.

DEDUCCIONES.

Entrando ahora en algunas consideraciones generales y para formar un corto resúmen de la descripcion del tumor aneurismático cuya historia acabo de hacer, voy á sentar algunas conclusiones que se desprenden del oríjen y evolucion mórbida de la lesion. Con tal propósito fijaré tres períodos sucesivos, que se refieren á tres épocas distintas del trascurso de la enfermedad, por ser tambien peculiares á cada una fenómenos especiales que las hacen distinguir perfectamente.

1º *Fenómenos consecutivos á la causa eficiente.*—La duracion de este período puede marcarse desde el 26

de Noviembre del año próximo pasado, hasta el 9 de Enero del presente, dia en que principió á observarse el reblandecimiento central del tumor. En este espacio de tiempo tenemos pues: una herida hecha por un instrumento cortante-punzante, cuya situacion, estencion y direccion son ya conocidas: hemorrajia considerable de sangre arterial contenida á tiempo, como resultado inmediato: una violenta inflamacion traumática en que predominaba una de sus manifestaciones, la tumefaccion considerable de la parte inferior del muslo. Esta tumefaccion, por la falta de armonia con los otros signos de la inflamacion, su larga duracion, y mas que todo en atencion á un carácter particular de la herida, su *oblicuidad* y falta de paralelismo con la arterial; era producida evidentemente por la persistencia del corrimiento sanguíneo que se infiltraba en el tejido conectivo intermediario entre la piel y la aponeurosis facia-lata, resultado que dá constantemente cualquier herida oblícua que interese una arteria aun de pequeño calibre. Confirman este juicio, la segunda hemorrajia acaecida tres dias despues de haber estado tan considerablemente hinchado el sitio herido; y agrégase á esto tambien otro signo manifiesto de un derrame difuso subcutáneo, y es, que el endurecimiento de la tumefaccion ha sido gradual y á medida que iba coagulándose la sangre estravasada.

Constituido así el tumor, aunque no limitado forma lo que M. Broca y los autores del compendio de Cirujia caracterizan con el nombre de *aneurisma difuso falso primitivo;* pero que la mayor parte de los autores modernos y los redactores del último diccionario de Medicina están conformes en llamar á esta estravasacion sanguínea *hemorrajia celular*, conforme á lo propuesto por Gerdy y Cruveilhier.

Los dolores ya superficiales, ya profundos que se

manifiestan sin regularidad en el muslo y pierna; así como el adormecimiento, hormiguero del miembro y el edema de la pierna y pié eran la consecuencia de la compresion mecánica del coágulo sobre el nervio safeno interno y la vena del mismo nombre de la rejion.

La neurálgia periódica y nocturna que sufrió el enfermo, no tiene en mi concepto una esplicacion satisfactoria, salvo que fuese tambien periódico el crecimiento é induracion del tumor sanguíneo por los dias en que se presentó obedeciendo este resultado á leyes orgánicas que no es posible señalar.

La retraccion de la pierna sobre el muslo y que al principio tenia á todo el miembro en una tension dolorosa, es igualmente un resultado mecánico producido por la interposicion de la sangre *extra vasa* entre los planos musculares y la aponeurosis comun del muslo por su parte inferior, de aquí, el aumento de volúmen de la parte y la elevacion y tenacidad permanentes de los músculos semitendinoso y biceps.

He mencionado en el curso de la «Historia» la presencia de una equímosis amarillo-verdosa, estendida al nivel de los intersticios celulares de la corva y que se continuan con los que separan los músculos gemelos de la pierna por su parte superior. Esta equímosis, por su manifestacion tardía y su situacion, no es otra cosa que la difucion de cierta cantidad de sangre obligada á seguir ese trayecto celuloso y subcutáneo por la compresion del estenso coágulo en la parte inferior del muslo; y su color verde-amarillo, dependiente de la descomposicion de la misma sangre en virtud de que su materia colorante ó *hematina* se convierte en *hematoidina* y despues en los otros estados retrógrados de esta sustancia azoada.

Así mismo he descrito anteriormente un coágulo conoideo que se alojaba entre los dos muslos basto in-

terno y sartorio. La formacion de este coágulo puede esplicarse así: la sangre estravasada á consecuencia de la herida arterial no encontrando un libre paso hácia abajo por estar la arteria poplitea en la parte posterior superior del muslo muy profundamente situada y protejida por una parte; y por otra, oponiéndose á la migracion sanguínea la semiflexion de la pierna y la elevacion de la parte inferior del muslo; era natural que la difusion se hiciese ascendentemente por entre los citados músculos por encontrarse allí condiciones opuestas á las anteriores y un terreno preparado por la naturaleza para la estancacion de la sangre; esto es, el espacio celuloso intermuscular y superficial del sartorio y recto interno.

Tambien puede suponerse que en la primitiva formacion del saco aneurismático la túnica esterna de la arteria se desprendiese hácia arriba de la interna y media y el espacio que resultare, ser ocupado por la ascension de la sangre del saco y coagularse despues, como sucede en las aneurismas llamados *disecantes;* pero me inclino mas á sostener la primera hipótesis, porque faltan para la segunda signos estetoscópicos que la comprueben.

Los demas síntomas locales y generales que se han presentado en este período son de muy poca importancia para que puedan ser consignados.

2º *Desarrollo del saco aneurismático.*—La duracion de este período no puede señalarse exactamente; porque es imposible fijar el momento en que se efectuó la cicatrizacion de la herida arterial y se inició el desarrollo del saco. Como ya hemos visto, éste no fué aparente sino cuando el aneurisma habia tomado gran incremento. Sin embargo de la obscuridad que arroja la primera evolucion mórvida del aneurisma; puesto que esta evolucion está en relacion con la estructura ana-

tómica del saco, el tiempo de su duracion le calcularemos, aunque arbitraria pero aproximativamente así: del décimo ó vigécimo dia anterior al reblandecimiento central del coágulo, hasta el primer momento de la compresion dijital. En este espacio de tiempo hay que imajinarse el desarrollo natural de los aneurismas en general, y en el caso presente el de los traumáticos falsoconsecutivos.

Cicatrizada la herida arterial con la adhesion de solo la túnica externa, la columna sanguínea que la presionaba escéntrica y constantemente daba por resultado su dilatacion seminular al principio; adquiriendo despues poco á poco esta dilatacion, una forma en relacion con la manera de obrar de la fuerza que la determinaba, la estructura de la rejion y obedeciendo por consiguiente en su desarrollo á la ley de gravedad, para formarse definitivamente el saco. Este saco aumentando cada vez mas en capacidad disgregaba tambien gradualmente la parte central del coágulo esterno por la presion que ejercia sobre él, resultando de aquí la disolucion del coágulo en el punto que ofrecia menos resistencia y mayor elevacion de la piel en este punto. Es muy natural que se verificase este trabajo por los dias que ya he señalado anteriores al en que se observó el reblandecimiento del tumor.

Hecha esta rápida descripcion del desarrollo del aneurisma, no me resta sino indicar muy poco del presente período mórbido. He dicho ya que se notaban en la superficie del tumor y á la presion un poco exajerada, lijeras depreciones en varios sentidos. Estas depreciones se hicieron á no dudarlo en virtud de la desigual coagulacion de la sangre; pues fueron desapareciendo á medida que se ampliaba el saco y el coágulo en general adquiria mas consistencia y menor volúmen.

El crecimiento del saco ha sido muy paulatino hasta

el dia 15 de Enero, y de este al 18 sufrió como ya lo he indicado un incremento considerable que fué felizmente detenido por la compresion de la arteria femoral.

3º *Resolucion del tumor y curacion del aneurisma.*— Este período comprende el tiempo de regresion de la enfermedad; principia en el dia en que se puso en práctica la compresion dijital y su terminacion se deja aguardar aún.

Llegado el aneurisma á la magnitud que pudo alcanzar, la compresion de la arteria que le alimentaba, le opuso desde entonces una barrera que no permitia ya su desarrollo. Durante cinco dias esta compresion se hizo incompleta con el objeto de que la escasa cantidad de sangre que se permitia pasar bañase débilmente y de una manera regular la cara interna del saco. De este modo se favorecia el depósito constante de fibrina y la formacion de coágulos delgados, superpuestos y consistentes: contribuia á este resultado aunque en pequeño grado la posicion del muslo, elevada por su estremidad inferior y la flexion de la pierna, que hacia que la arteria formase ángulo en la rejion poplitea.

Durante los primeros dias de presion el tumor se limitaba bien por su circunferencia comenzando desde entonces su reabsorcion.

Continuó la compresion pero intermitente en la forma ya indicada para favorecer con mas rapidez el depósito de coágulos activos en el espacio que pudiese quedar aún de la cavidad aneurismática contribuyendo tambien de este modo á la formacion de la circulacion suplementaria en los límites del saco.

Aumentábase en los subsiguientes dias tanto el tiempo de libre curso en la circulacion general del miembro como la cantidad de sangre que se dejaba pasar durante la compresion medianamente sostenida sobre la femoral, propendiendo pues así á afianzar el desarrollo defi-

nitivo de los vasos suplementarios y evitar la gangrena de la pierna.

Hemos visto ya en la descripcion histórica del tumor que tanto el coágulo esterno como el saco aneurismático, tuvieron un tiempo de decrecimiento paulatino y despues una rápida regresion hasta el punto de desaparecer completamente la prominencia aneurismática y reducirse el estenso coágulo esterno á un pequeño núcleo en la parte declive del muslo y á distancia dè ocho centímetros de la cicatriz cutánea. Esta última circunstancia, esto es la pronta reabsorcion de los coágulos constituye la mejor garantía para una residiva venidera como lo demuestra la esperiencia.

III.

CONCLUSION.

Con las consideraciones que preceden deberia terminar aquí la historia de tan interesante caso quirúrgico; pero seria un descuido de mi parte. no tratar de dilucidar una cuestion importante de anatomia topográfica debatida en las primeras sesiones médicas y que quedó sin resolverse, á saber ¿cuál es la arteria herida y en qué punto de su trayecto?

En la primera época del desarrollo del aneurisma, cuando el tumor formado por el coágulo esterno era informe y de una estension considerable, el problema enunciado, dificil en su solucion, tenia que determinar la regla de conducta que debia seguir el cirujano en el caso de recurrirse en último auxilio á la ligadura de la arteria herida. No espondré aquí las razones que se adujeron en las primeras consultas para fijar si el saco aneurismático pertenecia á la arteria femoral ó á la anastomótica mayor, concretándome á decir que la ma-

yoria, sostenia la primera de estas opiniones apoyando muy luminosamente la segunda solo uno de los médicos dé consulta.

Era natural que mis respetables maestros dejasen en suspenso el diagnóstico en este punto para rectificarlo despues, puesto que, lo repito, el aneurisma no se presentaba con las manifestaciones evidentes de su procedencia. El tiempo trascurrido, la situacion y estension del tumor, el pequeño desarrollo del saco aneurismático, la situacion de la herida, etc., etc., eran todas circunstancias que velaban la verdad del hecho y hacian nacer en el espíritu la incertidumbre y como consecuencia la anarquia de opiniones.

No me atreveria á tocar tan delicado punto, si no influyese en mí una razon poderosa que me anima á dar humildemente mi opinion, fundada en la observacion que hasta la fecha hé dedicado á la lesion de que me ocupo. Puede decirse ya con algun fundamento que la incógnita del problema se ha esclarecido con el tiempo trascurrido; variando completamente las circunstancias que motivaron la duda.

Hecha esta natural digresion reanudaré el asunto que me propongo ventilar y voy á dar las razones que en mi concepto son suficientes para demostrar la siguiente proposicion: *el saco aneurismático ha sido formado por la arteria poplitea y pertenece á la clase de los falso consecutivos.*

Todas las pruebas que apoyan este modo de ver tienen su orijen en la situacion anatómica de la herida cutánea, la estencion y posicion del tumor y la época del desarrollo del aneurisma. Las razones anatómicas son las mas concluyentes y paso á manifestarlas.

Si tiramos una línea imajinaria que se estienda de la espina iliaca anterior y superior á la parte media de la rodilla siguiendo la direccion del recto anterior del

muslo resulta, que la cicatriz de la herida se encuentra á cinco centímetros y medio por dentro de esta línea, y dista á la parte inferior y posterior del cóndilo interno del femur nueve centímetros, por consiguiente el punto correspondiente (que supongo herido) de la arteria femoral se halla pues comprendido en el trayecto del vaso que tiene ya la denominacion de arteria poplitea, y atendiendo á la direccion oblícua de abajo á arriba que siguió el instrumento al punzar la arteria, resulta tambien que la solucion de continuidad de esta se produjo á dos ó tres centímetros por lo menos debajo del anillo del tercer adductor, calculando en uno ó dos centímetros la mayor oblicuidad con que penetró la cuchilla.

Ahora bien: recordando que la profundidad de la herida tuvo cinco centímetros, nos convenceremos que la punta del instrumento pudo llegar sobradamente al lecho de la arteria poplitea y penetrarla. Comprueban esta hipótesis las siguientes consideraciones: 1ª la cicatriz está colocada en un punto declive de la convexidad del muslo, esto es, hácia su parte interna: 2ª este punto (en que la piel es mas delgada que por fuera de la línea media) corresponde casi perpendicularmente á la direccion del vaso y su distancia á este último, mide únicamente de cuatro á cinco sentímetros: 3ª analizando de delante á atras los tejidos ambientes de la herida, tenemos que la piel es mas delgada en el punto lesionado que por fuera del muslo lo mismo que la facia subcutánea: el tejido conectivo interpuesto entre esta y la aponeurosis facia-lata, muy laminoso y flojo, de manera que la piel goza de mucha movilidad; la hoja reflejada de la aponeurosis facia-lata que cubre el basto interno se halla muy adherida á las fibras de este músculo; la correspondiente al sartorio lo está mucho menos: el intérvalo que separa estas dos láminas aponeu-

roticas se encuentra colmado por gruesas capas de tejido intersticial que aprisionan en sus mallas una cantidad poco considerable de pelotones grasosos. La vaina del paquete de vasos y nervio crurales, se descubre en el fondo de un canal formado por el basto interno, el sartorio y el femur, salvando algunas fibras muy delgadas musculares y tendinosas que forman asas del tercer adductor.

La cuchilla al penetrar de plano hasta la arteria ha seguido por consiguiente un camino fácil, orgánicamente trazado, costeando ó rasgando la aponeurosis y fibras musculares del basto interno y separando despues el tejido intersticial intermedio entre este músculo y el sartorio.

He analizado en el cadáver la rejion de que me ocupo y comprobado las predichas aserciones.

Me inclino á creer que el instrumento ha ido costeando y no rasgando las fibras de la aponeurosis y las musculares del basto interno; porque por una parte la velocidad en sentido oblícuo de que fué animado, favorecido por el plano inclinado que forma el muslo hácia adentro en el sitio de la cicatriz; y, por otra la mucha movilidad de la piel, daban por efecto, que en el momento de verificarse el traumatismo, esta última se deslizase todo lo posible hácia dentro, hasta ponerse la solucion de continuidad esterior paralela al borde esterno del sartorio. Si esto no ha sucedido, las fibras musculares interesadas por la cuchilla habrán sido las mas superficiales.

Ya son conocidas las mayores dimensiones á que llegó primitivamente el tumor, y he mencionado tambien en la «Historia» la cantidad de sangre vertida despues de la estraccion de la cuchilla. Ahora bien: la hemorrajia sanguínea, el tiempo en que ésta se verificó á pesar de la oblicuidad de la herida y la estensa tumefac-

cion del muslo; son circunstancias que hacen creer fundadamente que fué un vaso voluminoso, como la arteria poplitea el que dió lugar á estos fenómenos.

El único argumento que puede oponerse á las anteriores razones es la consideracion de que, por anomalia, la anastomótica mayor adquiera dimensiones considerables, como efectivamente sucede algunas veces; pero aún en este caso que no desvirtúa mi proposicion, existen otras pruebas que la apoyan y que voy á consignar.

La arteria anastomótica mayor ó primera articular superior é interna rama de la femoral, nace generalmente á uno, dos y aun tres centímetros por encima del anillo del tercer adductor y se dirije hácia abajo y adelante. A poca distancia de su oríjen suministra principalmente dos ramos de consideracion: uno para el músculo basto-interno y otro que acompaña el nervio safeno interno terminándose despues por una arteriola subcutánea que se dirije á la parte interna y anterior de la rótula para ramificarse y anastomosarse con las articulares de la poplitea.

Suponiendo pues, que la anastomótica, qüe en el estado normal es de un pequeño calibre, hubiese aumentado su capacidad por anomalia, el punto de esta arteria interesado por la cuchilla corresponderia anatómicamente á su ramo terminal ya muy adelgazado por las arteriolas musculares que dá en su trayecto y que por esta razon no podia causar su picadura una hemorrajia tan considerable. Ademas, si examinamos con cuidado la rejion se tiene el convencimiento de que la cicatriz cutánea queda un poco por fuera del trayecto que sigue la anastomótica.

Siendo subcutánea la anastomótica mayor en el sitio á que me refiero, y por el contrario la poplitea profundamente colocada y protejida, la difusion sanguínea que resulte por la picadura de uno ó del otro vaso, tiene que

seguir un camino diferente. Si la sangre estravesada hubiese provenido de la anastomótica es muy natural que su migracion se efectuaria entre la piel y la aponeurosis del muslo por el tejido conectivo de la parte invadiendo la parte esterna de este y la rejion de la rodilla, dando lugar despues esta estravasacion á un coágulo anterior y esterno; lo que no se ha verificado, mucho mas, cuando todo el miembro se encontró en los primeros dias en supinacion que favorecia este resultado. Por el contrario es mas natural creer que la sangre estravasada proviniese de la poplítea porque en primer lugar, la tumefaccion no ha comprendido la parte externa del muslo, sino la interna y posterior y en segundo, porque una vez reabsorvida una gran parte del coágulo esterno, la otra se dibujaba claramente en el lecho del paquete de vasos crurales y ascendentemente.

Aunque no se puede prefijar de una manera exacta el tiempo en que se desarrollan tanto los aneurismas espontáneos, como los traumáticos; sin embargo estos últimos cuando encuentran condiciones favorables á su crecimiento se manifiestan con prontitud. En el presente caso, si el saco aneurismático hubiese sido formado por la rama terminal de la anastomótica, siendo tan superficial esta arteria, es muy claro que su dilatacion no se haria esperar mucho en manifestarse al esterior y la demarcacion del aneurisma seria mas manifiesta dibujándose bien sus contornos. Se han realizado por el contrario condiciones opuestas á las anteriores lo que hace suponer que el aneurisma pertenece á la poplítea: han transcurrido mas de cuarenta dias en manifestarse á penas el fondo del saco aneurismático debajo de la piel, porque este saco ha tenido que vencer la resistencia de los tejidos de la rejion.

Existen aún otras razones feacientes y directas que corroboran mi opinion, y por ser estas de un valor fisio-

lógico y referirse á fenómenos accesibles á nuestra observacion, forman por sí una poderosa prueba.

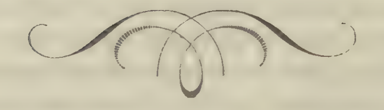
Si con el oído se va siguiendo el trayecto de la arteria femoral de arriba á bajo, se escucha, como es natural el ruido normal de la arteria; pero se llega á un punto situado hácia la mitad del muslo en que hay obscuridad completa de ruidos, y sigue el silencio, no solo por toda la estencion que ocupó el tumor, sino que tambien en el hueco de la corba no se percibe el menor indicio de circulacion profunda.

Por otra parte, recordemos que á causa de la compresion, la femoral profunda aumentaba rapidamente en capacidad: que la circulacion suplementaria se desarrollaba hasta el punto de hacerse muy apreciable un ramo subcutáneo, por sobre el saco y hácia el lado interno de la rodilla; (ramo terminal de la anastomótica) y últimamente fijemos la atencion en una rama arterial tambien subcutánea, situada en la parte posterior del muslo y cuyos latidos se dejan sentir en un trayecto comprendido entre el tercio medio del muslo y la parte inferior de la rejion poplítea, donde se pierde. Es probable que este ramo pertenezca á alguna de las perforantes.

Lo que acabo de indicar manifiesta claramente que una estension pequeña de la arteria femoral y la parte superior de la poplítea su continuacion, se encuentra obstruida completamente pòr un coágulo central que intercepta la circulacion.

Por todo lo espuesto hasta aquí, se puede decir sumariamente, que el aneurisma de que me he ocupado fué formado á espensas de la túnica celulosa de la arteria poplítea. Su desarrollo (en conformidad con la opinion de todos los médicos de consulta) se ha efectuado con mas probabilidad en un tiempo posterior á la cicatrizacion de la herida arterial. La curacion se ha

obtenido tambien, no solo por el depósito fibrinoso en el saco aneurismático y la atrofia gradual de éste, sino tambien por la formacion de un coágulo interarterial sólido de la naturaleza fibrinosa, que forma un tapon á una parte indeterminada de la arteria femoral y á la porcion superior de la poplítea. En atencion á esta última circunstancia me decido á clasificar el presente, como un *aneurisma femoro-poplíteo, mixto esterno y falso consecutivo desarrollado por causa traumática.*



LISTA DE LOS ALUMNOS

DE LA ESCUELA DE MEDICINA QUE LLEVARON Á CABO LA

COMPRESION DIJITAL.

Séptimo año.......

Sr. D. Felipe Prialé.
Sr. D. Elias Duran.
Sr. D. Miguel Aljovin.
Sr. D. Pio Arce.
Sr. D. José G. Gurmendi.
Sr. D. José M. Quiroga.

Sexto año...........

Sr. D. Mateo Castillo.
Sr. D. Romualdo Alva.
Sr. D. Joaquin Canceco.
Sr. D. Ignacio Dianderas.
Sr. D. Federico Galindo.
Sr. D. Aurelio Soto-Mayor.
Sr. D. Julio Gomez-Sanchez.
? D. Eudoro Torres.
Sr. D. Modesto S. Santistevan.
Sr. D. Bonifacio Valentini.
Sr. D. Benigno Zavala.
Sr. D. Juan Mariano Paulet.

Quinto año.........	Sr. D. José L. Veles.
	» » Genaro Huapalla.
	» » Manuel C. Barrios.
	» » Francisco Baraibar.
	» » Fidel Dias.
	» » Ismael Veles.
	» » Manuel Eduardo.
	» » Luciano E. Naranjo.
Cuarto año.........	Sr. D. Clodomiro B. Cárdenas.
	» » Nestor Corpancho.
	» » Gregorio Carranza.
	» » Juan N. Valdivia.
	» » Lucas R. Villalobos.
Tercer año.........	Sr. D. Manuel Velis.
	» » Arístides V. Velasco.
	» » Eduardo S. Concha.
	» » Manuel J. Terrazas.
	» » Manuel P. Huapalla.
Segundo año......	Sr D. Celso Montalvo.